Порядок предоставления медицинской справки обучающимися Пятигорского института (филиал) СКФУ.

Мед справки о временной трудоспособности выдаются согласно приказа № 1089н от 23.11.2021 г. Министерства здравоохранения РФ.

Особая форма справки 095/у, для учащихся и студентов (письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2009 года N 14-6/242888).

Согласно законодательству РФ, срок действия **справки по форме 095/у — не более 10 дней**. Однако при необходимости ее можно продлить еще на 14 дней. **Если более 24 дней то справка по форме 027/у.**

Если общий срок пропусков превысил 24 дня, то дополнительно к справке по форме 095/у должна быть предоставлена справка по форме 027/у.

**У документа в самом верху должен стоять номер регистрации справки, который в журнале учреждения отмечен как исходящий документ.** Этот пункт заполняется врачом. Далее должно быть указано, кому предназначен документ (дается список вариантов, из них нужно выбрать что-то одно и подчеркнуть). Дата выдачи справки. Реквизиты получателя справки: наименование учебного заведения; ФИО; дата его рождения. В содержании справки врач должен написать: что именно было продиагностировано у клиента; в чем суть его заболевания; наименование этой болезни**. В справке обязательно должна находиться фраза «Пациенту рекомендовано не посещать занятия в течение такого-то срока».** Обратите внимание: если таковой фразы не будет, справка не будет освобождать больного от занятий. В самом крайнем левом верхнем углу справки должен быть оттиск штампа лечащей организации, где лечится или лечился клиент. Пустые поля штампа не должны быть заполнены от руки. Кроме того, оттиск должен быть как можно более четким. Напротив оттиска, в правом верхнем углу, располагаются коды лечащей организации. Их заполняют от руки. Код может быть, например, таким: ОКПО, ОКУД и т.д. Документ в обязательном порядке должен быть заверен подписью лечащего врача. Также в самом низу справки должна стоять унифицированная для медицинских организаций печать в виде треугольника. В ее содержании должна быть фраза «Для справок». Поверх подписи врача должна быть поставлена его личная печать с формой в виде круга, в которой указаны: фамилия; инициалы сотрудника; его должность в организации.

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ДЕПАРТАМЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПИСЬМО

от 30 ноября 2009 года N 14-6/242888

[О правомочности действия**[**приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 года N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения"**](https://docs.cntd.ru/document/9042149#64U0IK)**]**

Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения рассмотрел обращение по вопросу правомочности действия [приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 года N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения"](https://docs.cntd.ru/document/9042149#64U0IK) и сообщает.

В связи с тем, что после отмены [приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 года N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения"](https://docs.cntd.ru/document/9042149#64U0IK) не было издано нового альбома образцов учетных форм, учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России использовали в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные вышеуказанным приказом.

Одновременно информируем, что в настоящее время Минздравсоцразвития России проводится работа по подготовке нового "Альбома форм учетной медицинской документации".

Заместитель директора
Департамента организации медицинской
помощи и развития здравоохранения

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Министерство здравоохранения

 Медицинская документация

 СССР [Форма N 095/у](http://blanker.ru/doc/spravka-med-095-u)

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование учреждения

[**СПРАВКА**](https://blankof.ru/spravka/) **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума,**

**профессионально-технического училища, о болезни,**

**карантине и прочих причинах отсутствия ребенка,**

**посещающего школу, детское дошкольное учреждение**

**(нужное подчеркнуть)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название учебного заведения,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дошкольного учреждения

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года – день) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М. П.

 Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_